

◆文献综述◆

基于现代文献分析幽门螺杆菌相关性溃疡 中医证型分布规律及证素分布特征

刘金坤^{1,2,3}, 彭添凤^{1,2,3}, 易美静^{1,2,3}, 周宇轩^{1,2,3}, 曾梅艳³, 宋厚盼^{1,2,3}

1. 湖南中医药大学中医诊断学湖南省重点实验室, 湖南 长沙 410208
2. 湖南中医药大学中医心肺病证辨证与药膳食疗重点研究室, 湖南 长沙 410208
3. 湖南中医药大学中医学院, 湖南 长沙 410208

[摘要] **目的:** 通过对幽门螺杆菌 (Hp) 相关性溃疡临床研究文献进行分析, 探讨本病的中医证型分布规律及证素分布特征。**方法:** 检索中国知网 (CNKI)、维普、万方文献数据库 1994—2024 年有关 Hp 相关性溃疡临床文献, 对文献进行筛选, 运用表格归纳整理, 从病例来源、性别分布、证型及证素等方面对数据进行分析, 探讨 Hp 相关性溃疡的中医证型及证素分布特点及规律。**结果:** 共纳入 36 篇文献, 涉及 Hp 相关性溃疡患者共 5 731 例, 其中男性占 61.39%, 女性占 38.61%, Hp 相关性溃疡患病比例逐年上升, 且该疾病全国均有分布。Hp 相关性溃疡中医证型按出现频率排序由高到低为脾胃湿热、脾胃虚弱 (寒)、肝胃不和、肝胃郁热、脾虚不摄、胃阴不足、胃络瘀阻、脾虚湿热、肝胃气滞、寒热错杂; 中医病位证素分布按照出现频率由高到低排序为胃、肝、脾, 兼夹病位证素中以“脾、胃”为主; 病性证素分布按照出现频率由高到低排序为热、湿、阳虚、气滞、气虚、阴虚、血瘀, 兼夹病性证素中以“湿、热”为主。广东文献中 Hp 相关性溃疡病例证型按由高到低频率排序为脾胃湿热、脾虚湿热、脾虚不摄、脾胃虚弱 (寒)、肝胃不和、肝胃郁热、胃络瘀阻、胃阴不足、肝胃气滞; 病位证素分布按频率由高到低排序为肝、胃、脾, 兼夹病位证素中以“脾、胃”为主; 病性证素分布按频率由高到低排序为热、气虚、湿、气滞、阳虚、血瘀、阴虚, 兼夹病性证素中以“湿、热”为主。**结论:** Hp 相关性溃疡中医证候分型存在一定的地域差异, 最常见的证型是脾胃湿热, 最常见的病性证素是热, 最常见的病位证素是胃。

[关键词] 幽门螺杆菌; 溃疡; 中医证型; 证素; 分布规律

[中图分类号] R259 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 13-0164-09

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.13.031

Analysis of Chinese Medicine Syndrome Types and Syndrome Element Distribution in Helicobacter Pylori-Associated Ulcers Based on Modern Literature

LIU Jinkun^{1,2,3}, PENG Tianfeng^{1,2,3}, YI Meijing^{1,2,3}, ZHOU Yuxuan^{1,2,3}, ZENG Meiyuan³, SONG Houpan^{1,2,3}

1. Hunan Provincial Key Laboratory of TCM Diagnostics, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410208, China; 2. Key Laboratory of TCM Cardiopulmonary Syndrome Differentiation & Medicated Diet and Diet therapy, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410208, China; 3. School of Traditional Chinese Medicine, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410208, China

[收稿日期] 2024-12-05

[修回日期] 2025-04-15

[基金项目] 国家自然科学基金项目 (82374429); 湖南省自然科学基金项目 (2023JJ30460); 刘良院士工作站指导项目 (22YS003); 中华中医药学会青年人才托举工程项目 (2024-QNRC2-B25); 湖南省卫生健康高层次人才项目 (20240304116)

[作者简介] 刘金坤 (2003-), 男, 硕士研究生, E-mail: 3129893596@qq.com。

[通信作者] 宋厚盼 (1988-), 男, 教授, 博士研究生导师, E-mail: hpsong2015@126.com。

Abstract: Objective: To explore the distribution patterns of Chinese medicine syndrome types and syndrome elements in *Helicobacter pylori* (Hp)-associated ulcers through analysis of clinical research literature. **Methods:** Clinical studies on Hp-associated ulcers published from 1994 to 2024 were retrieved from the CNKI, VIP, and Wanfang databases. Eligible literature was screened, tabulated, and analyzed for case sources, gender distribution, syndrome types, and syndrome elements. And the distribution patterns of Chinese medicine syndrome types and syndrome elements in Hp-associated ulcers were discussed. **Results:** A total of 36 pieces of literature involving 5 731 patients were included, with males accounting for 61.39% and females 38.61%. Hp-associated ulcer prevalence increased annually and distributed nationwide. Chinese medicine syndrome types, ranked by frequency, were: spleen-stomach damp-heat, spleen-stomach deficiency (cold), liver-stomach disharmony, liver-stomach constraint heat, spleen deficiency failing to control, stomach yin insufficiency, stasis obstruction in the stomach collateral, spleen deficiency with damp-heat, liver-stomach qi stagnation, and cold-heat complex. Pathogenic location syndrome elements were predominantly the stomach, liver, and spleen, with "spleen and stomach" as the most common combination. Pathogenic nature syndrome elements, ranked by frequency, were: heat, dampness, yang deficiency, qi stagnation, qi deficiency, yin deficiency, and blood stasis, with "damp and heat" as the primary combination. In literature associated with Guangdong Province, syndrome types prioritized spleen-stomach damp-heat, spleen deficiency with damp-heat, spleen deficiency failing to control, spleen-stomach deficiency (cold), liver-stomach disharmony, liver-stomach constraint heat, stasis obstruction in the stomach collateral, stomach yin insufficiency, and liver-stomach qi stagnation; pathogenic location elements emphasized the liver, stomach, and spleen, with "spleen and stomach" as the most common combination, and pathogenic nature syndrome elements focused on heat, qi deficiency, dampness, qi stagnation, yang deficiency, blood stasis, and yin deficiency, with "damp and heat" remaining dominant. **Conclusion:** Chinese medicine syndrome types in Hp-associated ulcers exhibit regional variations. The most common syndrome type is spleen-stomach damp-heat, the most frequent pathogenic nature syndrome element is heat, and the most common pathogenic location syndrome element is the stomach.

Keywords: *Helicobacter pylori*; Ulcers; Chinese medicine syndrome types; Syndrome elements; Distribution patterns

幽门螺杆菌(Hp)是可存活于胃组织的一种革兰氏阴性杆菌,具有在胃上皮黏液层定植的能力^[1]。Hp相关性溃疡是指在Hp感染后诱导的各种致病因子作用下,黏膜发生的炎性反应与坏死性病变,病变可深达黏膜肌层,其中以胃、十二指肠最常见^[2]。Hp在全世界各地人群中均有分布,全球感染率超50%,非洲和南美洲等发展中国家尤为严重,而欧洲、日本和韩国等发达国家感染率则相对较低^[3]。Hp属于中医学胃痛、吐酸、嘈杂等范畴,主要是由于外邪侵袭、饮食不节、情志失调、体虚久病以及药物损害使脾胃虚弱,不荣则痛。此外,内因、外因结合亦可导致脾胃运化失司,升降失调,产生湿邪、气滞、血瘀,不通则痛,为Hp附着、定植、繁殖和致病提

供了客观条件。

Hp相关性溃疡是中医优势病种,中医药治疗该病具有显著疗效。近年来有关中医药治疗Hp相关性溃疡的基础研究和临床研究数量在逐年增加^[4]。尽管如此,关于Hp相关性溃疡中医证型及证素分布特征的研究却相对较少。随着该领域的发展和Hp相关性溃疡治疗问题的凸显,尤其是耐药性Hp的出现,有必要对Hp相关性溃疡中医证型及证素分布问题进行更深入和细致的研究。本研究从现代已发表文献中选取出Hp相关性溃疡病例,从多维度对本病的中医证型分布特征和证素分布规律进行分析和探讨,为中医药治疗该疾病提供更为全面和深入的理论与实践指导。

1 资料与方法

1.1 文献来源与检索方法 选取1994—2024年的相关中文文献，文献选自中国知网、万方、维普数据库中。在检索过程中选择关键词高级检索，检索词为“幽门螺杆菌”和“中医证型”、“幽门螺杆菌”和“中医证素”、“幽门螺杆菌”和“溃疡”、“溃疡”和“中医证型”、“溃疡”和“中医证素”以及“Hp”和“中医证型”、“Hp”和“中医证素”、“Hp”和“溃疡”。

1.2 文献纳入标准 文献中有明确的Hp相关性溃疡的西医诊断以及中医诊断；文献中的数据均来源于临床试验；文献中的临床病例皆有明确诊断的中医证型和证素；文献中记录的Hp相关性溃疡病例 ≥ 50 例。

1.3 文献排除标准 无临床案例，数据来源于细胞实验或动物实验；文献中的临床病例有中西医治疗，但缺乏对中医证型、证素的归纳分类；病例来源相同的文献（只保留病例数量最完整，中医证型、证素分类最多的文献）；数据记录不全或具有错误数据的文献。

1.4 文献的筛选 将首次检索到的文献进行排重，有相同或相似标题以及同一作者的文献只选择保留数据最完整的一篇；阅读排重完的文献摘要，对不符合本研究的文献予以剔除，保留符合主题或者未能确定的文献；进一步阅读全文，对不符合本研究纳入标准的文献予以排除，得到最终纳入分析的文献。

1.5 数据采集与归纳 本研究纳入的文献存在Hp相关性溃疡辨证分型不一致，不同的文献之间可能出现证候相似但证名不相同的情况。参考《中医临床诊疗术语证治要览》^[5]、《中医诊断学》^[6]及《中医内科学》^[7]将所收集的所有证候进行归纳整理，对于规范标准中没有记录的证候类型，按照原文献辨证结论予以保留。将归纳的证候进行病位证素和病性证素分类并提取。同时提取文献的第一作者、发表时间、病例来源、病例数目以及性别比例等资料信息。

1.6 数据统计与分析 将文献中提取到的中医证型、病性证素、病位证素、第一作者、发表时间、病例来源、病例数目以及性别比例用Excel表格归纳整理，对数据进行分析处理。

2 结果

2.1 文献检索结果 共检索得到864篇文献，通过NoteExpress保留数据最完整的文献，排除相同文献得到306篇相关文献；阅读文献标题及摘要，剔除不符合本研究的文献171篇，如文献无关研究内容，研究来自细胞、动物实验，病例来源相似或相同，缺乏具体中医诊断以及西医诊断，记录总病例过少等；阅读全文，对不符合本研究纳入标准的文献予以排除如缺乏具体的中医证型分类，中医证型分类数量过少，数据缺失，文献中某证型频次过多对数据分析影响过大等，得到53篇文献；将数据不可用或无法整合的文献以及有关时效性问题的文献剔除，最终纳入文献36篇。Hp相关性溃疡中医证型及证素相关文献筛选流程图见图1。

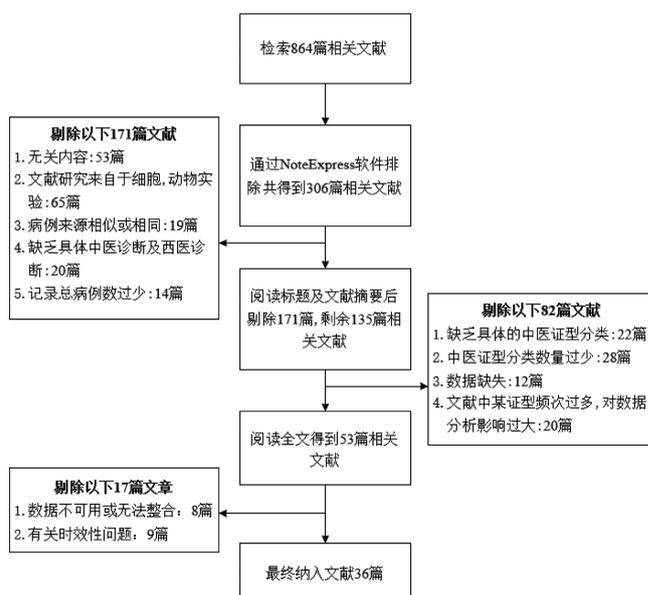


图1 文献筛选流程图

2.2 文献基本情况 纳入本研究的36篇文献中共包括5731例病例，单篇文献中记载的最多病例为922例，最少病例为59例。病例来源最早为1994年，最晚为2024年，病例来源时间以文献发表时间为准，其中1994年至2000年文献共计4篇，涉及病例数704例；2001年至2005年文献共1篇，涉及病例数176例；2006年至2010年文献共5篇，涉及病例数713例；2011年至2015年文献共7篇，涉及病例数1708例；2016年至2020年文献共15篇，涉及病例数1970例；2021年至2024年文献共4篇，涉及病例数460例。

36篇文献的病例来自15个省(市),来自广东的文献共10篇(占比27.80%),来自广西、江苏、北京的文献各3篇(分别占比8.33%),来自浙江、湖北、天津、辽宁、湖南、甘肃的文献各2篇(各占比5.56%),来自贵州、山东、山西、福建、河南的文献各1篇(各占比2.77%)。36篇文献中均有明确说明

患者性别,5731例病例中男性病例3518例(占比61.55%),女性病例2204例(占比38.45%),男性病例数目多于女性病例数目。且在36篇文献中,男性病例多于女性病例的文献有33篇,占比91.67%。文献基本情况见表1。

表1 文献基本情况

序号	发表作者	发表年份	病例来源省份	总数(例)	性别比例(男/女)	序号	发表作者	发表年份	病例来源省份	总数(例)	性别比例(男/女)
1	周晗颖	2022	湖北	94	57/37	19	陆雪兰	2016	江苏	90	57/33
2	邱杰慧	2022	广东	216	148/68	20	揣盛武	2015	辽宁	139	97/42
3	刘爱帆	2021	天津	59	40/19	21	肖颖	2015	湖南	69	43/26
4	李剑霜	2021	浙江	91	42/49	22	刘浩	2015	湖北	60	39/21
5	孙连博	2020	江苏	110	71/39	23	王海燕	2014	广东	150	102/48
6	裴钮琳	2020	广东	75	42/33	24	宋琳琳	2013	北京	922	467/455
7	李怡	2020	天津	211	136/75	25	苏玲玲	2013	广东	98	51/47
8	汤宛莹	2020	广东	192	137/55	26	谢庆平	2011	广东	270	191/79
9	王磊	2019	河南	180	127/53	27	刘夏	2009	山西	146	101/45
10	张献青	2019	北京	119	53/66	28	罗秀珍	2009	广西	118	68/50
11	黄娜	2018	广西	95	50/45	29	张永晨	2008	江苏	154	70/84
12	潘文叶	2018	甘肃	150	122/28	30	张森	2007	北京	200	103/97
13	肖晶	2018	湖南	155	102/53	31	陈国忠	2006	广西	95	61/34
14	王洁	2018	福建	120	69/51	32	黄明宏	2003	广东	176	105/62
15	杨艺	2017	山东	185	120/65	33	郑惠虹	2000	浙江	85	57/28
16	毛卫玲	2017	广东	105	75/30	34	吴文尧	1998	贵州	170	155/15
17	姚民武	2017	广东	70	46/24	35	王立	1995	甘肃	378	201/177
18	罗漫琳	2016	辽宁	113	68/45	36	朱宁	1994	广东	71	45/26

2.3 Hp相关性溃疡中医证型分布 从纳入的36篇文献中获取并加以规范整理共得到10个证候类型,单篇文献中证候类型最少的有3种,证候类型最多的有8种,累计出现的总频次为5731次,证候频次占比(%)=该证候频次/总频次×100%,证候文献占比(%)=该证候涉及文献数/总文献数×100%。纳入文献出现频次最高的5种证候类型分别是脾胃虚弱(寒)(32篇)、脾胃湿热(29篇)、肝胃不和(27篇)、胃阴不足(24篇)、胃络瘀阻(21篇),上述5种证候类型涉及病例4211例,占总病例73.48%。在10个证候类型中,出现频次最高的5种证型分别是脾胃湿热(占比24.22%)、脾胃虚弱(寒)(占比22.18%)、肝胃不和(占比15.20%)、肝胃郁热(占比9.56%)、脾虚不摄(占比6.63%),Hp相关性溃疡证候类型具体分布见表2。

表2 5731例Hp相关性溃疡患者中医证型分布

序号	中医证型	出现频次(次)	出现频率(%)	涉及文献数(篇)	文献占比(%)
1	脾胃虚弱(寒)	1271	22.18	32	88.89
2	脾胃湿热	1388	24.22	29	80.56
3	肝胃不和	871	15.20	27	75.00
4	胃阴不足	343	5.98	24	66.67
5	胃络瘀阻	338	5.90	21	58.33
6	肝胃郁热	548	9.56	14	38.89
7	肝胃气滞	193	3.37	8	22.22
8	脾虚不摄	380	6.63	7	19.44
9	脾虚湿热	288	5.03	5	13.89
10	寒热错杂	111	1.94	3	8.33

2.4 Hp相关性溃疡中医证素分布

2.4.1 Hp相关性溃疡中医病位证素分布 10种中医证候类型,有9种证候类型可以提取病位证素,通过

归纳整理可提取的单一病位证素分别为胃、肝、脾3种以及兼夹病位证素“脾、胃”“肝、胃”2种。5 731例Hp相关性溃疡患者单一中医病位证素总频次为9 841次，出现最多的病位是“胃”，出现频次为4 878次，占总频次的49.57%。兼夹中医病位证素总频次为4 271次，出现最多的兼夹病位是“脾、胃”，出现频次为2 659次，占总频次的62.26%。Hp相关性溃疡患者病位证素出现的频数及所占比例见表3。

表3 Hp相关性溃疡患者病位证素分布

序号	单一病位证素	出现频次(次)	出现频率(%)	序号	兼夹病位证素	出现频次(次)	出现频率(%)
1	胃	4 878	49.57	1	脾、胃	2 659	62.26
2	肝	3 320	33.74	2	肝、胃	1 612	37.74
3	脾	1 643	16.70				

2.4.2 Hp相关性溃疡中医病性证素分布 在涉及的10种病性证候类型中，属于实证的有5种，分别是：脾胃湿热、肝胃不和、肝胃郁热、肝胃气滞、胃络瘀阻，涉及的病例占比58.24%；属于虚证的有3种，分别是：胃阴不足、脾胃虚弱(寒)、脾虚不摄，涉及的病例占比34.79%；属于虚实夹杂的有2种，分别是：脾虚湿热、寒热错杂，涉及的病例占比6.96%。Hp相关性溃疡中医病性证素分布见表4。

表4 Hp相关性溃疡中医病性证素分布

序号	病性证素	出现频次(次)	病例占比(%)
1	实证	3 338	58.24
2	虚证	1 994	34.79
3	虚实夹杂	399	6.96

在10种中医证候类型中提取中医病性证素，通过归纳整理将单一病性证素分为热、湿、阳虚、气滞、气虚、阴虚、血瘀7种，兼夹病性证素“湿、热”“气虚、阳虚”“气滞、热”“气虚、湿、热”“寒、热”5种。5 731例Hp相关性溃疡患者单一中医病性证素总频次为7 977次，出现最多的病性是“热”，出现频次为2 301次，占总频次的28.85%；兼夹中医病性证素总频次为3 894次，出现最多的病性是“湿、热”，出现频次为1 676次，占总频次的43.04%。Hp相关性溃疡患者单一病性证素出现的频数及所占比例见表5。Hp相关性溃疡患者兼夹病性证素出现的频数及所占比例见表6。

表5 Hp相关性溃疡患者单一病性证素分布

序号	病性证素	出现频次(次)	出现频率(%)	序号	病性证素	出现频次(次)	出现频率(%)
1	热	2 301	28.85	5	气虚	883	11.07
2	湿	1 589	19.92	6	阴虚	404	5.06
3	阳虚	1 272	15.95	7	血瘀	338	4.24
4	气滞	1 190	14.92				

表6 Hp相关性溃疡患者兼夹病性证素分布

序号	病性证素	出现频次(次)	出现频率(%)
1	湿、热	1 676	43.04
2	气虚、阳虚	1 271	32.64
3	气滞、热	548	14.07
4	气虚、湿、热	288	7.40
5	寒、热	111	2.85

2.5 全部文献与广东文献中医证候类型分布比较

所有纳入本研究的36篇文献中(以下简称“全部文献”)，有10篇文献病例来源均为广东，数量最多(以下简称“广东文献”)，共涉及病例1 398例，占总病例24.39%。广东文献中共涉及9种证型，分别为脾胃湿热、脾虚湿热、脾虚不摄、脾胃虚弱(寒)、肝胃不和、肝胃郁热、胃络瘀阻、胃阴不足、肝胃气滞，其中脾胃湿热证型的患者最多，占比19.74%，其次为脾虚湿热证型占比18.03%。与全部文献中脾虚湿热证(占比5.03%)相比，广东文献(占比18.03%)出现脾虚湿热证型频率更高且相差最大。广东文献与上述全部文献的证候类型具体分布见表7。

2.6 全部文献与广东文献中医证素分布比较

2.6.1 全部文献与广东文献中医病位证素分布比较

全部文献纳入的单一中医病位证素频数为9 841次，广东文献纳入的为2 192次，占比22.27%；纳入的兼夹中医病位证素频数为4 271次，广东文献纳入的为780次，占比18.26%。与全部文献相比，广东文献中单一病位证素均有胃、脾、肝，其中病位证素“肝”频数最高，占比45.39%；兼夹病位证素均有“脾、胃”“肝、胃”，其中病位证素“脾、胃”频数最高，占比61.28%。与全部文献中单一病位证素“肝”(占比33.74%)相比，广东文献(占比45.39%)出现其频率更高且相差最大；全部文献与广东文献各兼夹病位证素出现频率相似。广东文献与上述全部文献单一中医病位证素具体分布见表8。广东文献与上述全部文献兼夹中医病位证素具体分布见表9。

表7 全部文献和广东文献Hp相关性溃疡患者
中医证型分布比较

证候类型	全部文献		广东文献	
	出现频数(次)	出现频率(%)	出现频数(次)	出现频率(%)
脾胃湿热	1388	24.22	276	19.74
脾虚湿热	288	5.03	252	18.03
脾虚不摄	380	6.63	225	16.09
脾胃虚弱(寒)	1271	22.18	202	14.45
肝胃不和	871	15.20	179	12.80
肝胃郁热	548	9.56	85	6.08
胃络瘀阻	338	5.90	80	5.72
胃阴不足	343	5.98	61	4.36
肝胃气滞	193	3.37	38	2.72
寒热错杂	111	1.94	0	0

表8 全部文献和广东文献Hp相关性溃疡患者
单一中医病位证素分布比较

病位证素	全部文献		广东文献	
	出现频数(次)	出现频率(%)	出现频数(次)	出现频率(%)
肝	3320	33.74	995	45.39
胃	4878	49.57	895	40.83
脾	1643	16.70	302	13.78

表9 全部文献和广东文献Hp相关性溃疡患者
兼夹中医病位证素分布比较

病位证素	全部文献		广东文献	
	出现频数(次)	出现频率(%)	出现频数(次)	出现频率(%)
脾、胃	2659	62.26	478	61.28
肝、胃	1612	37.74	302	38.72

2.6.2 全部文献与广东文献中医病性证素分布比较 全部文献纳入的单一中医病性证素频数为7977次,广东文献纳入的为2320次,占比29.08%;纳入的兼夹中医病性证素频数为3894次,广东文献纳入的为1067次,占比27.40%。与全部文献相比,广东文献单一病性证素均有热、气虚、湿、气滞、阳虚、血瘀、阴虚7种病性证素,其中病性证素“热”频数最高,占比广东文献单一病性证素27.63%;与全部文献相比,广东文献兼夹病性证素有“湿、热”“气虚、湿、热”“气虚、阳虚”“气滞、热”4种病性证素,其中病性证素“湿、热”频数最高,占比广东文献兼夹病性证素49.48%。与全部文献中病性证素气虚(占比11.07%)相比,广东文献(占比26.85%)出现其频率更高且相差最大。广东

文献与上述全部文献的单一中医病性证素具体分布见表10。广东文献与上述全部文献的兼夹中医病性证素具体分布见表11。

表10 全部文献和广东文献Hp相关性溃疡患者
单一中医病性证素分布比较

病性证素	全部文献		广东文献	
	出现频数(次)	出现频率(%)	出现频数(次)	出现频率(%)
热	2301	28.85	641	27.63
气虚	883	11.07	623	26.85
湿	1589	19.92	494	21.29
气滞	1190	14.92	209	9.01
阳虚	1272	15.95	199	8.58
血虚	338	4.24	80	3.45
阴虚	404	5.06	74	3.19

表11 全部文献和广东文献Hp相关性溃疡患者
兼夹中医病性证素分布比较

病性证素	全部文献		广东文献	
	出现频数(次)	出现频率(%)	出现频数(次)	出现频率(%)
湿、热	1676	43.04	528	49.48
气虚、湿、热	548	14.07	252	23.62
气虚、阳虚	1271	32.64	202	18.93
气滞、热	288	7.40	85	7.97
寒、热	111	2.85	0	0

3 讨论

本次研究的36篇文献为中国知网、维普、万方数据库1994年至2024年收录的中文文献,共包含5731例Hp相关性溃疡病例,单篇文献中记载的最多病例为922例,最少病例为59例。文献中均有明确说明不同性别患者数目,男性病例数目多于女性病例数目,初步表明我国Hp相关性溃疡发病率男性大于女性,亦提示男性比女性患Hp相关性溃疡的风险更大。严红等^[8]通过综合分析得出男女性别间Hp感染率有明显差别,表明男女间的Hp易感程度有所不同,可能与男性生活习性和男女性别间接触的环境等因素有关。已有的报道^[9]及本文研究均显示,Hp相关性溃疡全国各有分布,提示我国Hp相关性溃疡发病十分广泛,即无特定发病地区。

辨证论治是中医诊断疾病的基本原则与思维方法。“证”是中医学特有的诊断概念,是疾病过程中所处一定(当前)阶段的病位、病性等所做的病理性的

概括,是指机体对致病因素做出的反应状态,是对疾病当前本质所做的结论。任何复杂的证都是由病位、病性要素(证素)组成^[6]。目前,中医学对于Hp相关性溃疡尚未有明确证型分类,现代医家对其病因病机的认识略有不同。张美玲等^[10]辨治脾胃虚寒型相关性消化性溃疡,认为此类患者素体虚寒或脾胃气虚日久伤及阳气,造成脾胃虚寒,中阳不足,气机不利,升降失调,脾运失司,水湿内停,酿湿成痰,食积脘腹,谷不化反成滞,因虚而致实,治疗以温中健脾、化湿和胃为主。毛卫玲等^[11]将Hp相关性溃疡归为胃脘痛范畴,认为此病的发病机理是脾胃虚弱,受多种因素的影响导致胃痛,早期多实证,即外邪、痰湿、瘀血等原因引起气机受阻,升降失常,导致胃络不通则痛;后期多由实证变为虚证,但临床上虚实兼杂居多,即或因久劳脾胃虚弱,或先天不足,脾阳虚弱,内寒滋生,胃腑失于温煦,或因久病伤及阴液而导致胃阴不足,胃腑无以滋养,最终发为胃脘痛。

参照《中医诊断学》^[6]和《中医内科学》^[7]教材,本团队将36篇文献涉及到的Hp相关性溃疡病例归纳整理成脾胃虚弱(寒)、脾胃湿热、肝胃不和、胃阴不足、胃络瘀阻、肝胃郁热、肝胃气滞、脾虚不摄、脾虚湿热、寒热错杂10种证型,出现频率最高的证型为脾胃湿热证,刘完素在《黄帝素问宣明论方·卷八·水湿门》^[12]云:“夫诸湿者,湿为土气,火热能生土湿也。”可知湿、热两邪常一起致病,且以脾胃湿热较多。杨琼等^[13]认为Hp感染的初始病机是湿热困阻脾胃,Hp自口随食物而入于胃,胃为水谷之海,脾为湿土之脏,邪气藏伏于中焦脾胃。脾胃不仅为邪气留藏部位,同时脾胃亦为发病及病机转变部位。随着人们生活条件的改善和生活方式的变化以及环境因素的影响,饮食失调,嗜食辛辣刺激和肥甘厚味,导致体内微环境发生变化,容易形成Hp生存的环境^[14]。10种证型其中实证有5种,涉及的病例占比58.24%,以肝胃不和为主;其中虚证有3种,涉及的病例占比34.79%,以脾胃虚弱(寒)为主;其中虚实夹杂证有2种,涉及的病例占比6.96%,以脾虚湿热为主。将可以提取病位证素的9个证型,通过归纳整理可以将单一病位证素分为胃、肝、脾3种,总频次为9 841次,出现最多的病位是“胃”;兼夹病位证素分为“脾、胃”“肝、胃”2种。在10种

中医证候类型中提取中医病性证素,通过归纳整理出单一病性证素7种病性证素,总频次为7 977次,出现最多的病性是“热”;兼夹病性证素分为“湿、热”“气虚、阳虚”“气滞、热”“气虚、湿、热”“寒、热”5种,出现最多的病位是“湿、热”。本文研究结果与已发布的标准或指南对Hp相关性溃疡中医证型及证素的分类基本吻合,提示本研究中得到的Hp相关性溃疡病例证型及证素分布规律较为客观合理,与现代医家对本病的认识并不相悖。

在纳入本研究的文献中,广东文献数目占比最大,研究表明不同地区、不同地理环境的Hp感染率存在一定的差异^[9]。与全部文献相比,广东文献共涉及9种证型,出现频次由多到少依次为脾胃湿热、脾虚湿热、脾虚不摄、脾胃虚弱(寒)、肝胃不和、肝胃郁热、胃络瘀阻、胃阴不足、肝胃气滞、寒热错杂,其中脾胃湿热占比最高。吴炜景等^[15]研究发现广东地区胃溃疡患者有较高的CagA⁺菌株感染率,且认为感染CagA⁺菌株更容易出现脾胃湿热证。与全部文献相比,广东文献单一病位证素均有胃、脾、肝,其中“肝”频数最高;兼夹病位证素有“脾、胃”“肝、胃”2种病位证素。与全部文献相比,广东文献单一病性证素均有热、气虚、湿、气滞、阳虚、血虚、阴虚7种病性证素,其中“热”频数最高;兼夹病性证素有“湿、热”“气滞、热”“气虚、阳虚”“气虚、湿热”4种病性证素。

由数据统计结果得知,广东病例中脾胃湿热、脾虚湿热者为多,究其原因,广东地区属与东亚季风区,从北向南分别是中亚热带、南亚热带和热带气候,是全国光、热和水资源丰富的地区,且雨热同季,易感湿热邪气。赵炜等^[16]认为Hp感染与职业、地理差异有关,不同职业、不同地区感染特点有助于人们提高重视程度,普及相关预防保健知识。广东是各种气象灾害多发省份,如暴雨洪涝、高温、热带气旋等,灾种多,灾期长,发生频次高,整个广东沿海地区面临着不同程度的风暴潮灾害威胁^[17];岭南地区除了受海洋性暖湿气流的影响,还受地表蒸发而来之湿气影响,两“湿”相合,致使岭南地区六淫致病是以“湿邪”为先^[18-19]。各种气象灾害导致居民腠理开泄,迫伤津液,最终造成胃阴不足等病变,在气候因素影响下,市民偏好饮食生冷,损耗中焦阳气,阳气不足,其推动和温煦功能下降,

水停为饮，饮聚为痰，或气血不行则生血瘀，最终造成胃络瘀阻等病变。

与全部文献中脾虚湿热证相比，广东文献出现其频率更高且相差最大。戈焰教授长期致力于岭南地区中医临床实践与研究，他认为岭南地区常年气候炎热、雨湿充沛，外感湿热邪气为常见致病因素；加之居民饮食多喜海产厚腻之品，易致湿热内生，蕴结中焦，形成脾胃湿热证候，而且湿热体质者往往贪凉饮冷，反致脾阳受损，形成脾胃虚弱之本。此外，现代都市生活节奏快、压力大，情志因素致病尤为突出，肝失疏泄则横逆犯胃，郁久化热。基于长期的临床观察，戈焰教授系统总结了岭南地区“脾胃亏虚为本，湿热挟肝郁为标”的病机特点，提出“虚、湿、热、郁”四者相互胶结的复合病机理论，为岭南地区脾胃病的辨证论治提供了重要的理论依据^[20]。清代广东名医何梦瑶认为，岭南“凡病多火”“多湿”。历史悠久的广东凉茶盛行至今，从另一侧面反映了广东湿热证候易感的客观性。《素问·异法方宜论》谓：“南方者，天地所长养，阳之所盛处也，其地下，水土弱，雾露之所聚也。”岭南湿热兼盛的特殊气候环境，天之热气下逼，地之湿气上蒸，人于湿热之气交中，湿郁热蒸，湿多从热化，这是岭南湿邪致病的重要特点^[21]。有文献资料认为消化性溃疡的发病和复发具有一定的季节性^[22]，冯正平等^[23]也支持这一观点。

本研究对Hp相关性溃疡患者的中医证型及证素分布情况进行了初步分析。研究表明，在对Hp相关性溃疡辨证过程中，要辨虚实、辨寒热、辨气血，根据临床表现全面进行分析，综合诊断，需要分清标本虚实，主次兼顾，根据病位、病性证素的不同，分别予以温中健脾法、清肝泄热法、清化湿热法、疏肝理气法、养阴益胃法、破结行瘀法等进行治疗。叶帆等^[24]从湿热论治Hp感染，以清热利湿为总的治则，同时健脾胃以杜绝生湿之源，注重理气做到化湿不伤阴，不忘区分湿热内外、主次；杨永强等^[25]认为对消化性溃疡患者选择中西医结合治疗比常规四联疗法的效果更加显著，便于及时杀灭Hp，帮助患者降低疾病复发率；陈少芳等^[26]认为，中医辨治Hp相关性胃病必须依证而施治，包含了微生物对人体整体或局部的侵害后人体的外在反应，治疗过程必要时可以结合现代医学，但中医治疗本病仍需遵循

辨证论治原则。临床中西医结合治疗Hp感染在改善胃肠道症状、减少抗生素耐药性、提高Hp根除率、减少不良反应等方面有着较好的优势^[27]。根据中医辨证和Hp相关性溃疡感染类型，应考虑病证结合的思路，具体选择合适的治疗方案。根据每个患者的具体情况制定个性化治疗方法，给予不同的中医配方^[28]。

综上所述，本研究发现Hp相关性溃疡中医证型按出现频率排序由高到低为脾胃湿热、脾胃虚弱(寒)、肝胃不和、肝胃郁热、脾虚不摄、胃阴不足、胃络瘀阻、脾虚湿热、肝胃气滞、寒热错杂；中医病位证素分布按照出现频率由高到低排序为胃、肝、脾，兼夹病位证素中以“脾、胃”为主；病性证素分布按照出现频率由高到低排序为热、湿、阳虚、气滞、气虚、阴虚、血瘀，兼夹病性证素中以“湿、热”为主。广东文献中Hp相关性溃疡病例证型最多为脾胃湿热；病位证素分布以肝为主，兼夹病位证素中以“脾、胃”为主；病性证素分布最多为湿，兼夹病性证素中以“湿、热”为主。本文研究成果对于我国Hp相关性溃疡中医证型及证素规范化有一定的参考价值，可为Hp相关性溃疡中医临床辨治提供一定的理论依据，研究结果还可为Hp相关性溃疡中医证型分类标准的制定提供参考。

[参考文献]

- [1] BAJ J, FORMA A, SITARZ M, et al. Helicobacter pylori virulence factors—mechanisms of bacterial pathogenicity in the gastric microenvironment[J]. Cells, 2020, 10(1): 27.
- [2] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范[J]. 全科医学临床与教育, 2014, 12(3): 243-246.
- [3] 周雪亮, 周渊, 朱强, 等. 幽门螺旋杆菌的研究进展[J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(33): 101-104.
- [4] 李玉锋, 王垂杰, 蔡敏, 等. 消化性溃疡中医诊疗专家共识(2023)[J]. 中医杂志, 2024, 65(10): 1086-1092.
- [5] 赵艳玲, 张志芳. 中医临床诊疗术语证治要览[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1999: 165.
- [6] 李灿东, 方朝义. 中医诊断学[M]. 5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 218.
- [7] 吴勉华, 石岩. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 433.
- [8] 严红, 邱昕光. 2857例健康体检人员幽门螺杆菌感染调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(2): 329-330.
- [9] 张万岱, 胡伏莲, 萧树东, 等. 中国自然人群幽门螺杆菌感染的流行病学调查[J]. 现代消化及介入诊疗, 2010, 15(5): 265-270.

- [10] 张美玲, 徐芳, 朱雅碧, 黄芪建中汤合二陈汤加减联合四联疗法治疗Hp阳性胃溃疡的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2024, 31(3): 511-512.
- [11] 毛卫玲. 十二指肠溃疡中医证型与HP、血清胃蛋白酶原的相关性研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [12] 刘完素. 黄帝素问宣明论方[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 345.
- [13] 杨琼, 张思依, 段妍君, 等. 吕文亮运用湿热伏邪理论论治幽门螺杆菌感染[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(10): 2521-2523.
- [14] 杨闪闪, 王灼慧, 张学智, 等. 幽门螺杆菌感染与脾胃湿热证的相关性探讨[J]. 北京中医药, 2018, 37(10): 938-941.
- [15] 吴炜景, 李立平, 林延超, 等. 广东地区胃窦溃疡患者幽门螺杆菌CagA基因型与中医证型相关性分析[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1803-1807.
- [16] 赵炜, 金智慧. 不同职业和地区人群幽门螺杆菌感染的调查情况[J]. 职业与健康, 2014, 30(20): 2986-2988, 2993.
- [17] 李阔, 李国胜. 气候变化影响下2050年广东沿海地区风暴潮风险评估[J]. 科技导报, 2017, 35(5): 89-95.
- [18] 文达良, 苏晶. 岭南地理气候环境及体质特点与温病关系的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(4): 276-277.
- [19] 黄镇国, 张伟强. 历史时期中国热带的气候波动与自然灾害[J]. 自然灾害学报, 2004, 13(2): 58-63.
- [20] 吴斯华. 健脾清胃祛湿方合铋剂四联治疗脾虚湿热型Hp相关性胃炎的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2019.
- [21] 唐芸, 王洪琦. 广东地区湿热证候易感性成因分析[J]. 中医药导报, 2009, 15(3): 14-16.
- [22] 廖素环, 李啸峰, 江堤, 等. 消化性溃疡8592例内镜分析[J]. 广州医药, 2016, 47(2): 52-55.
- [23] 冯正平, 梁杏花, 刘佛球. 2191例消化性溃疡的胃镜和流行病学分析[J]. 重庆医学, 2020, 49(7): 1114-1117.
- [24] 叶帆, 张白雪, 刘绍能. 从湿热论治幽门螺杆菌感染的思路与方法[J]. 北京中医药, 2022, 41(11): 1261-1263.
- [25] 杨永强. 中药联合常规四联方案治疗Hp阳性消化性溃疡的效果观察[J]. 当代医学, 2018, 24(10): 51-53.
- [26] 陈少芳, 江月斐. 抗幽门螺杆菌面临的问题与中医药对策[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(5): 16-19.
- [27] 刘震, 田志华, 王少丽, 等. 中医药治疗幽门螺杆菌感染的现状与展望[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(4): 283-287.
- [28] LI R J, DAI Y Y, QIN C, et al. Application of traditional Chinese medicine in treatment of Helicobacter pylori infection[J]. World J Clin Cases, 2021, 9(35): 10781.

(责任编辑: 郑锋玲)